Tome 4 Omarque 498-458

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

1930

ANNÉE 1929 N° 15

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Guy POINCEAU

ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Orléans le 29 Juillet 1903

La MORBIDITÉ et la MORTALITÉ MATERNELLES

à la MATERNITÉ DE L'HOPITAL BOUCICAUT

PENDANT CINQ ANS

(1924-1928)

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1929

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929 N° .....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Guy POINCEAU

ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Orléans le 29 Juillet 1903

La MORBIDITÉ et la MORTALITÉ MATERNELLES à la MATERNITÉ DE L'HOPITAL BOUCICAUT PENDANT CINQ ANS

(1924-1928)

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

—

1929

LE DOYEN ..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER Fernand	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphili-
VALLERY-RADOT	[graphie.
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	MAUCLAIRE, professeur sans chaire .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
	FREY	Stomatologie.
	CHAILLEY-BERT	Education physique.
	LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
	WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de la Clinique Obstétricale
Accoucheur de la Maternité Baudelocque
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LE LORIER

Professeur Agrégé à la Faculté
Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé de ses conseils.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

M. le Professeur CHAUFFARD
M. le Professeur HARTMANN
M. le Docteur RIBIERRE (in memoriam)

Externat

M. le Docteur SOULIGOUX
M. le Professeur Agrégé JOUSSET
M. le Docteur HUBER
M. le Professeur CLERC
M. le Professeur Agrégé LE LORIER
M. le Docteur TINEL

Monsieur le Docteur V. Le Lorier nous a proposé l'étude de la morbidité et de la mortalité maternelles à la Maternité de l'Hopital Boucicaut pendant 5 ans. (1924 à 1928).

Nous voulons le remercier ici d'avoir bien voulu nous confier ce travail. Qu'il nous permette d'ajouter à ces remerciements l'expression de notre très profonde et très respectueuse reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous donna et pour toutes les marques de sympathie qu'il voulût bien nous accorder pendant le cours de nos études médicales

AVANT-PROPOS

Nous avons eu en vue dans cette thèse, l'étude de la morbidité et de la mortalité maternelles, à la Maternité de Boucicaut, pendant 5 années, (1924 à 1928).

Nous rechercherons les causes principales de la température, pendant les suites de couches. Nous étudierons les caractères généraux des courbes thermiques, enfin, l'influence des manœuvres obstétricales et de divers autres facteurs sur la morbidité et la mortalité maternelles.

Pour éviter toute équivoque dans les termes, nous définissons la morbidité : toute femme ayant présenté un processus pathologique quelconque, ou ayant eu, au moins une fois, 38° pendant les suites de couches, non compris le jour de l'accouchement.

En outre, nous n'avons pas compris dans notre étude de la morbidité, les femmes accouchées en ville chez la sage-femme agréée, dont les observations n'ont pas le caractère de certitude de celles de la maternité, et dont les accouchements n'ont pas été pratiqués dans des conditions rigoureusement comparables. Par contre la mortalité étudiée dans ce travail

portera sur le nombre total de femmes accouchées tant à la maternité que chez la sage-femme agréée.

Si cette étude statistique exclut toute originalité, du moins, le nombre relativement élevé des observations sur lesquelles elle s'appuie, nous permettra de donner des conclusions précises et intéressantes même au point de vue clinique.

ANNEE 1924

CHAPITRE PREMIER

Morbidité

En 1924 ont été pratiqués à la Maternité de Boucicaut 1902 accouchements. Le nombre total des femmes accouchées à la Maternité et ayant présenté des suites de couches fébriles s'élève à 293.

Le pourcentage de la morbidité globale s'élève donc pour l'année à : 15,40 o/o.

Le graphique que l'on trouvera à la fin de ce travail établi en prenant pour base chaque centaine d'accouchements mettra d'ailleurs en évidence les variations de la morbidité selon les époques de l'année, ainsi que le pourcentage comparé des infections mammaires.

La morbidité générale de l'année se répartit comme suit :

1° *Selon les causes de la température*

Infections génitales certaines ou probables : 237 parmi lesquelles nous trouvons 3 infections sévères et une mortelle.

Infections mammaires certaines : 44, dont un abcès du sein.

Affections diverses : 12, parmi lesquelles nous trouvons :

2 phlébites,
2 rhumatismes gonococciques,
6 Pyelonéphrites,
1 rhumatisme articulaire aigu.

2° *Selon l'élévation de la température*

208 *fois* nous trouvons une élévation légère de la température, 38 à 38°5, due à une infection génitale légère.

71 *fois* une température moyenne : 38°5 à 39°.

14 *fois* une température élevée à 39°5 et au-dessus.

3° *Selon la durée et la marche de la température*

264 *fois* l'accouchée a présenté un unique crochet à 38° — 39°, presque tous les cas d'infections mammaires rentrent dans cette catégorie. Dans 16 cas la température est restée élevée pendant 2, 3 jours, té-

moin le plus souvent d'une infection génitale cédant bien au traitement. Dans 13 autres cas, la température fut de longue durée, présentant une allure presque toujours oscillante et relevant 2 fois de phlébites, 6 fois de Pyelonéphrites, 1 fois de Tuberculose pulmonaire, 4 fois d'infections génitales.

4° *Influence de la Parité sur la Température*

Devant le très grand nombre de températures légères à 38°, 38°5 , survenant pendant les suites de couches et causées presque toujours soit par une rétention partielle de membranes, soit plus souvent encore par des érosions ou plaies superficielles du vagin ou du périnée, il nous a paru intéressant de rechercher le rôle que pourrait jouer la primiparité dans ces cas d'infection génitale minime.

Pour l'année 1924, nous avons trouvé 15,46 o/o de *primipares* ayant présenté une infection génitale.

Le pourcentage des infections génitales chez les *multipares* est de 4,18 o/o.

La comparaison de ces deux chiffres met bien en évidence le rôle important que joue la primiparité parmi les causes de température d'origine génitale.

5° *Influence des rétentions de membranes*

60 femmes ont eu une rétention partielle ou totale de membranes.

10 fois nous avons trouvé mentionné cette cause comme origine évidente de la température.

Pourcentage : 17 o/o

6° *Influence sur la température des interventions obstétricales*

Intéressante aussi nous a paru l'influence des manœuvres ou interventions obstétricales sur la morbidité.

Sur 84 interventions nous trouvons 14 cas de suites de couches fébriles.

Pourcentage : 16,66 o/o

Ces 14 cas se répartissent ainsi :

Délivrances artificielles 6 pour 23.

Application de Forceps 4 pour 43.

Opérations césariennes 3 pour 11.

Un autre cas de température après une basiotripsie.

OBSERVATIONS (1)

Obs. 1527. — III°-pare. Forceps en O.S. pour œdème du col. Révision utérine. Trois jours après température dûe probablement à une lymphangite du sein. Le 14° jour, douleurs dans le pli de l'aine et

(1) Nous résumerons à la fin de chaque chapitre quelques-unes des observations les plus intéressantes.

la jambe gauche. Rougeur et œdème. On place la jambe dans une gouttière et la femme est autorisée à marcher. Sortie en bon état.

Obs. 1977. — III^e^-pare, 40 ans. Accouchement spontané à terme. Délivrance naturelle, 8 jours après la femme présente un panaris qu'on incise. Le lendemain, elle se plaint de douleurs dans le membre inférieur gauche. On la place dans une gouttière. Temp. 38°. La température tombe au bout de 14 jours. Marche autorisée au bout d'un mois. Sortie en bon état.

Obs. 1870. — II^e^-pare. Rien dans les antécédents. Accouchée à l'hôpital. Suites de couches fébriles. Temp. 39°2. Pouls rapide, mais bon. Douleur dans le bas ventre. A la palpation, on trouve une paroi résistante et on réveille une douleur exquise à gauche au niveau du ligament large. Pansements vaginaux. Les jours suivants, température oscillante entre 37 et 39°. L'utérus est lateroversé à droite. Ces oscillations thermiques durent un mois et demi. A ce moment, chute thermique, 15 jours après, la malade sort en bon état.

CHAPITRE II

Mortalité

6 décès ont eu lieu à la maternité pendant l'année 1924.

2 décès par cardiopathies mitrales (survenues avant l'accouchement) (obs. 1359, 1540).

1 décès par infection puerpérale (18 jours après l'accouchement) (obs. 1).

1 décès par tuberculose pulmonaire (obs. 809).

1 décès par Ictère Arsenobenzolique (obs. 138).

1 décès après intervention chirurgicale (hydronéphrose prise pour kyste ovaire) (obs. 810).

Au total 3 *décès* survenus pendant les suites de couches.

Dont *un seul par infection puerpérale.*

OBSERVATIONS

Obs. 138. — 1°-pare 24 ans. Accouchée en ville. Rentre dans le service le lendemain. Examen : ictère

et troubles psychiques (amnésie, obnubilation) foie un peu gros, non douloureux. Pas de douleurs sur le trajet du chlolédoque. Pas d'albumine, urines claires. L'interogatoire apprend que la malade suivait un traitement antisyphilitique à l'hôpital Broca. Son ictère serait apparu à la suite d'une injection de novarsenobenzol. Le lendemain, obnubilation plus marquée puis état semi-comateux. Le troisième jour après son entrée coma complet. Respiration lente, stertoreuse. Tympanisme abdominal. Hémorragie gingivale. Ecoulement sanguinolent par la vulve. Mort. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

HYDRONEPHROSE

Obs. 810. — IIe-pare. Deux avortements au terme de cinq mois par hydramnios ayant nécessité à chaque fois une ponction de l'œuf. Le dernier avorteut lieu à l'hôpital Boucicaut le 28 mai 1924, deux mois avant le retour de la malade dans le service. Le 22 juillet, on trouve à l'examen abdomen légèrement augmenté de volume, surtout dans la fosse iliaque gauche. Palpation : tumeur molle, lisse, fluctuante. Percussion : matité à convexité inférieure, surtout localisée à gauche, remontant jusqu'à l'hypochondre. Matité non déplaçable. L'opération pratiquée par M. Le Lorier montre une hydronéphrose à gauche. La femme meurt quelques jours après de péritonite.

CARDIOPATHIES MITRALES

Obs. 1359. — III°-pare 26 ans. A son entrée dans le service on constate une dyspnée très marquée, avec faciès anxieux; extrémités cyanosées avec œdème des malléoles, quelques râles aux bases des poumons. Cœur augmenté de volume. Souffle systolique au foyer mitral. Pouls : 120. T.A. = 13-6. Matité hépatique augmentée. Utérus développé comme pour une grossesse de trois mois environ. Bruits du cœur non perçus. Rétention probable. Malgré le traitement (saignée, digitaline, ouabaïne) la femme meurt quatre jours après son entrée.

Obs. 1540. — I°-pare. Premiers accidents remontant à deux ans et demi, mais aggravés depuis le début de la grossesse. Plusieurs hémoptysies. Dyspnée très marquée. Soignée pendant 8 jours à l'hôpital Laënnec, elle est envoyée à la Maternité de Boucicaut pour avortement thérapeutique. A l'auscultation: roulement diastolique. Palpation: frémissement cataire. M. le Dr Vignes décide de faire poser un ballon de Champetier de Ribes. Mais l'état de la malade s'aggrave rapidement. Elle meurt sans qu'on ait pu intervenir.

TUBERCULOSE

Obs. 809. I°-pare. Entre dans le service le 25 mai. Bien portante avec sa grossesse, elle commence à souffrir dès le premier mois. Vomissements sérieux pendant trois mois. L'appétit est conservé.

Aussi, peu d'amaigrissement. Pas de fièvre pendant cette période. Au mois de janvier, elle commence à tousser. Pas de crachats. Deux mois avant son entrée : laryngite croissant rapidement avec aphonie très marquée et dysphagie. A ce moment elle commence à maigrir et la fièvre apparaît, 15 jours après, expectoration abondante et 4 ou 5 petites hémoptysies. Examen à l'entrée : larynx : paleur du voile, ulcérations de l'épiglotte, des arythénoïdes, des cordes vocales. Poumons : légers craquements sous la clavicule gauche en avant et aux deux sommets en arrière. Le 25 mai, travail. La femme est gênée pour respirer. A dilatation complète, application de forceps. Extraction d'une fille vivante pesant 2 kg 650. L'état de la femme devient de plus en plus mauvais les jours suivants. Elle meurt le 12e jour après son accouchement.

INFECTION UTERINE

Obs. 1. — IIe-pare, 29 ans. Accouchement naturel à terme. Garçon vivant, pesant 3 kg 170. Délivrance artificielle pour enchâtonnement du placenta dans la corne droite de l'utérus, entre deux volumineux noyaux fibromateux. Poids du placenta : 420 gr. La paroi utérine est farcie de fibrômes. Cette femme continue à perdre le sang. Hypophyse, huile camphrée, sérum, ergotine. Tamponnement utérin. 8 heures après, on enlève le tamponnement et on fait une transfusion sanguine de 100 cm3. La température reste normale pendant 18 jours. A ce mo-

ment la femme a des contractions utérines violentes. En même temps shock avec décoloration des muqueuses. Poids : 140. Au toucher, on trouve une masse molle faisant issue à travers le col utérin largement ouvert. On retire une masse, semblant placentaire, du volume d'une orange, extrêmement fétide. Une révision utérine pratiquée ramène des débris fétides Quelques jours après, pâleur, dyspnée intense ventre météorisé. Enfin syncope, puis mort.

ANNEE 1925

CHAPITRE PREMIER

Morbidité

En 1925, le nombre total des accouchements pratiqués à la Maternité s'élève à 1893.

La morbidité globale pendant les suites de couches s'élève pour la même année à 330.

Pourcentage : 17,43 o/o.

(Voir graphique).

La morbidité se répartit comme suit :

1° *Selon les causes de la température*

Infections génitales certaines ou probables : 268 parmi lesquelles 5 sévères et 2 mortelles.

Infections mammaires : 43, parmi lesquelles 2 cas de lymphangite sans température et 2 abcès du sein.

Affections diverses : 19, parmi lesquelles nous trouvons :

6 Pyelonephrites, 6 affections broncho pulmonaires, 1 angine, 2 cas de tuberculose pulmonaire, 3 phlébites, 1 lymphangite vaccinale du bras.

2° *Selon l'élévation de la température*

250 fois l'élévation fut légère entre 38 et 38°,5, 68 fois l'élévation fut moyenne de 38,5 à 39°,5, 10 fois la température est élevée, dépassant 39,5, atteignant 40° et plus.

Ces derniers cas relèvent 8 fois d'une infection génitale grave (Délivrance Artificielle, 3 fois) ; les deux autres cas relèvent de lésions pleuro-pulmonaires.

3° *Selon la durée et la marche de la température*

La grande majorité des femmes : 298 ont présenté un unique crochet à 38 ou 39.

Dans 15 cas la température est restée élevée pendant 2 à 4 jours.

Dans 15 autres cas la température fut de plus longue durée (15 jours à un mois) et affectant souvent le type oscillant. Ces cas représentent :

10 fois une infection utérine sévère,

3 fois une phlébite,

2 fois une Pyelonephrite (obs. 132, 490, 607, 892, 1143, 1283, 1677, 1609, 92, 152, 880, 1063).

4° *Influence de la Parité sur la température*

L'influence de la Primiparité sur la morbidité

se manifeste clairement, si l'on compare le nombre des infections génitales survenues respectivement chez les multipares et chez les primipares.

Nous trouvons pour les primipares un pourcentage d'infections génitales de 17,32 o/o contre un pourcentage de 5,30 o/o chez les multipares.

5° *Influence des rétentions de membranes*

58 femmes ont eu une rétention partielle ou totale de membranes.

Nous avons noté 16 fois les rétentions de membranes comme cause de la température.

Pourcentage : 27,58 o/o.

6° *Influence des interventions obstétricales sur la température*

Cette influence nous a paru évidente dans un certain nombre de cas et se manifeste surtout par une élévation très importante de la température.

129 interventions obstétricales ont été pratiquées.

Dans 23 cas il y eut des suites de couches fébriles, 1 cas fut suivi de décès.

Pourcentage : 18,60 o/o.

Les interventions suivies de température se décomposent ainsi :

81 *forceps* dont 15 furent suivis de température très élevée, 1 fut suivi de décès.

18 *délivrance artificielles* dont 3 furent suivies de température très élevée.

17 *opérations césariennes* dont 2 eurent des suites de couches fébriles, dont 1 fut suivie de décès.

2 *versions par manœuvres internes* dont 1 fut suivie de température élevée.

1 *embryotomie* suivie de température élevée.

OBSERVATIONS

INFECTIONS UTERINES

Obs. 132. — 1°-pare de 38 ans, grande leucorrhée pendant la grossesse ; Accouchement le 21 janvier : application de forceps pour modification des bruits du cœur fœtal et liquide vert. Garçon né en état de mort apparente n'ayant pu être ranimé (circulaires nombreux serrés autour du cou). Le jour de l'accouchement, dans l'après-midi douleurs dans le bas-ventre, contracture, glace hémypnal en suppositoires, le résultat n'étant pas suffisant on fait un centigramme de morphine.

Le 24 janvier frissons de trois quarts d'heure, température 41°,5, pouls à 140, on réchauffe la malade. Todd, huile camphrée, 5 centimètres cubes, compression des seins. Régime : képhir, tisane, eau lactosée.

Le 25 frisson d'une demie heure. Température

à 40 degrés, pouls à 120, on réchauffe la malade. Le pouls est bon. Passage à l'isolement. Glace sur le ventre, injections chaudes vaginales, ovules à l'argyrol, pommade à l'argyrol sur plaies vaginales très nombreuses ; les 20, 27, 28, même traitement; le 5 février, escharre lombo-sacrée compliquée d'abcès ouvert au thermo cautère. Le 15 issue de pus.

Le 20, nouveau frisson, température à 40°, puis amélioration lente et progressive.

Sortie le 4 mars 1925.

Obs. 152. — 1°-pare de 29 ans. Accouchement naturel à terme le 24 janvier. Le 27, expulsion de lambeaux fétides, température à 37°,8, le 28, 38,8 pouls à 106. Passage, à l'isolement, lochies fétides. guérison.

Sortie le 4 février.

Obs. 490. — 1°-pare de 23 ans. Accouchement naturel à terme le 16 mars 1925, le 20 accélération du pouls à 130 avec frissons toute la nuit, le 21 température à 39. Passe à l'isolement le 22, température à 40, pertes non fétides, mais contenant un peu de pus. Dyspnée légère, mais auscultation négative. Douleurs au niveau des cornes utérines. Glace sur le ventre. On pratique une injection intraveineuse de 2 centimètres cubes de lait stérilisé, le soir une injection sous-cutanée de un centimètre cube d'essence de térébenthine et on fait une hémoculture. Le 25, 1 cmc. 5 d'or colloïdal vaccin anticoli. Hémoculture

négative. La température redescend en lysis le 30 et les jours suivants elle se maintient à 37.

Sortie le 5 avril.

Obs. 607. — 1°-pare de 22 ans. Accouchement naturel à terme le 4 avril. Le 7 lochies fétides grisâtres ; température 39 ; pouls à 120, passage à l'isolement, glace sur le ventre. Le 10 la température est redescendue à la normale. Sortie le 15 avril.

Obs. 892. — 1°-pare de 24 ans. Accouchement naturel, fille vivante, pesant 3 kgr 450. Délivrance artificielle pour enchatonnement du placenta dans la corne utérine droite. Le 18 mai 1925, huile camphrée 10 centimètres cubes, le 19 mai, température 37°,4, bon état général ; le 20, 38°,2, le 21, 38°,4, à 16 heures currettage par M. Digonnet interne.

On dilate légèrement le col, il sort de la cavité utérine du pus très lié et très fétide, le curettage pratiqué ramène de nombreux caillots et quelques petits débris placentaires fétides.

Après le curettage lavage de la cavité utérine avec un mélange d'eau oxygénée et d'eau bouillie à parties égales. Après ce lavage, badigeonnage de la cavité utérine avec une solution de cristal violet ; le soir température 38°,8, pouls 114 ; le 22 mai, température 40°,2, pouls à 146. On pratique une injection intra-veineuse de 3 centimètres cubes de lait stérilisé qui a déterminé des phénomènes d'agitation intense et de Shock ; le même jour abcès de fixation à la cuisse droite ; le 23 mai, température à 40, pouls

à 118. La malade ne se plaint pas, ventre souple non douloureux, glace, eau lactosée. Lochies fétides. Le 24 mai, à 22 h. 30 frisson, avec pouls incomptable, céphalée. Le 25 mai trypaflavine 10 centimètres cubes intra-veineux, agitation ; le 26, lochies non fétides mais insomnie et agitation. Le 31 mai, température 38°,2, puis chute de la température en lysis vers la normale les jours suivants.

Sortie le 13 Juin 1925.

Obs. 1143. — IIe-pare de 21 ans. Accouchement normal à terme le 29 juin, deux jours après l'accouchement, a des douleurs vives à l'hypogastre, on met de la glace, le lendemain les douleurs se calment ; cependant la température monte le soir à 39°4.

Examen le 5 juillet. Le membre inférieur droit est en extension et légère rotation externe ; à la racine œdème blanc, dur et douloureux, pas de circulation veineuse collatérale. La température de la cuisse droite est plus élevée que celle de la cuisse gauche. A la palpation qui réveille une vive douleur à la face interne du genou droit, hydarthrose légère, fosse iliaque et région inguinale droite empatées et douloureuses, pas de ganglions. D'autre part, la grande lèvre droite tuméfiée constitue une véritable tumeur piriforme à grosse extrémité inférieure ; la surface est irrégulière, hérissée de vésicules de la dimension d'une noisette, à contenu liquide.

La malade dit avoir présenté les mêmes phénomènes à son premier accouchement.

Sortie le 19 juillet.

Obs. 1283. — II^e-pare de 24 ans. Accouchement le 22 juillet au terme de huit mois ; enfant en état de mort apparente, ranimé, liquide très fétide.

Après l'accouchement, température à 39°, frissons ; le 26 juillet, pertes fétides. Douleurs dans la région inguinale droite. Dans la nuit, frissons. Température 41. Utérus débordant de trois travers de doigt la symphyse, douloureux à la palpation ; annexes gauches sensibles. Les 28 29 et 30, grandes oscillations thermiques ; retour à la normale le 1^er août.

Sortie guérie le 8 août.

Obs. 1677. — III^e pare de 31 ans. Accouchement prématuré de six mois ; fœtus macéré en présentation du siège. Courbe de température à grandes oscillations du 27 septembre au 21 octobre. Hémoculture le 27 septembre : résultats négatifs; frissons notés les 24, 30 septembre 5, 6, 16 octobre ; abcès de fixation le 30 septembre ; Shock le 27 septembre ; digitale le 4 octobre.

Sortie le 13 novembre.

PHLEBITES

Obs. 880. III^e-pare. — Accouchement naturel à terme, 16 mai. Le 25 mai, jambe gauche douloureuse, mise en gouttière avec pansements chauds. Le 27 mai, examen des urines, pus abondant. Lambeaux de cellules épithéliales.

Régime : légumes et képhir.

Le 9 juin, douleurs au niveau des pieds : légumes et képhir ; faiblesse, pâleurs, légère gêne respiratoire, température à 38°. Le 11 juin, même état, piqûre d'huile camphrée.

Sortie guérie le 29 juillet.

Obs. 1063. — 1e-pare. Accouchement naturel à terme le 11 juin. Le 20 juin, douleur dans le mollet gauche. Le 21, température à 38,°5 ; le 22 juin 37°,4, empâtement profond du mollet et de la cuisse gauche, élévation de la température locale. Jambe mise en gouttière.

Sortie guérie le 16 août.

CHAPITRE II

Mortalité

La mortalité maternelle s'élève pour l'année à 6 décès :

1 décès par tuberculose pulmonaire (obs. 973 bis).

1 décès par éclampsie (avant l'accouchement) (obs. 1732 bis).

3 décès par infection puerpérale (obs. 827, 1609, op. 92).

(Dans un cas il y avait eu application de forceps, dans un autre cas césarienne et mort par péritonite.)

1 décès par grippe (obs. 535 bis).

Au total 5 décès survenus pendant les suites de couches :

dont 2 décès survenus après intervention obstétricale ;

et 3 *décès survenus par infection puerpérale.*

OBSERVATIONS

Obs. 535 bis. — IV[e]-pare de 33 ans, venant d'un service de médecine où elle était traitée pour une bronchite. A son arrivée à la maternité, elle présente une température à 40 degrés, des yeux escavés, des pommettes rosées, une dyspnée intense, un amaigrissement et une asthénie marquée, de la tachycardie.

Examen de l'appareil respiratoire :

Immobilité relative de l'hémithorax droit, affaiblissement des vibrations vocales et matité à la base droite.

Auscultation : rales humides, craquements, respiration rude au sommet gauche.

Silence respiratoire et souffle pleurétique à la base droite.

Accouchement spontané le 22 mars, au terme de 7 mois.

La femme succombe le 25 mars, complètement cyanosée.

Enfant décédé dans le service quelques jours après.

Obs. 827. — I[e]-pare de 18 ans, présentant un bassin rachitique, aplati, annelé, promontoire à 9,6. Le 9 mai 1925, césarienne conservatrice. Fille ranimée pesant 3.080 gr. Placenta 390 grammes.

Le 12 mai 1925, création dans la fosse iliaque droite d'une fistule intestinale à l'intestin grêle pour

remédier à l'ileus paralytique que présente la malade et qui n'a pas cédé à deux lavages d'estomac.

Décès quelques heures après l'opération.

Obs. 973 bis. — IIe-pare de 24 ans, venant du service de médecine.

Tuberculose ulcéreuse, température à 39°.

Accouchement prématuré au terme de huit mois environ, le 29 mai 1925. Fille vivante pesant 2.340 grammes. Délivrance naturelle. Placenta pesant 400 grammes.

Cyanose. Ballon d'oxygène, huile camphrée à 5 centimètres cubes toutes les six heures, la température présente de grandes oscillations et malgré le traitement, la malade succombe le 8 juin.

Obs. 1609. — Ire-pare de 33 ans, début du travail le 6 septembre. Entrée à la salle de travail à 18 h. 40. A minuit, issue de liquide vert ; à 5 h. 30 le travail se prolonge, la femme se fatigue, la présentation ne progresse que très lentement.

Toucher : Sommet en O.I.D.A. presque arrivé sur le périnée. Chevauchement très accentué des pariétaux qui parait causé par des épines sciatiques très saillantes et une ligne innominée partiellement explorable ; à 11 heures, la tête ne progresse pas. M. Le Lorier examine la femme, décide une application de forceps, exécutée par M. Leconnonnier, externe. Au cours de l'examen s'est écoulé un flot de liquide vert. L'extraction se fait facilement. Naissance d'un garçon étonné, facilement ranimé. On fait immédia-

tement après l'accouchement, 1/2 centimètre cube de lobe postérieur de l'hypophyse ; un quart d'heure après perte de sang normale. Périnée déchiré, deux points profonds et deux points superficiels.

Le douzième jour après l'accouchement, élévation thermique à 38°,5, puis la température redescend à la normale. Le seizième jour, température à 40 ; puis 41°,2.

Hémoculture. La température se maintient avec de grandes oscillations entre 38 et 40 ; et la femme succombe le 4 octobre.

L'autopsie pratiquée a montré la présence de fausses membranes purulentes sur la face postérieure du poumon droit et des foyers suppurés de bronchopneumonie.

Du côté de l'utérus, on n'a trouvé qu'une issue légère de liquide purulent par l'orifice du col, mais il faut admettre néanmoins que le point de départ a été utérin.

Obs. 1732 bis. — Femme arrivée à la maternité en pleine crise d'éclampsie puerpérale et décédée presque immédiatement après son arivée ; l'autopsie n'a pas été pratiquée.

Opération 92. — Hystérectomie vaginale pour infection puerpérale pratiquée par le Dr Douay , en l'absence du professeur Jean-Louis Faure.

Indication opératoire : reprise d'hyperthermie après stade passager d'amélioration. Hyperthermie coïncidant avec l'expulsion par le vagin de débris

volumineux, noirs et putrides provenant de la cavité depuis vingt-quatre heures .

La femme n'a perdu qu'une quantité de sang minime, 100 grammes environ. L'opération a duré trois quarts d'heure, elle a été assez laborieuse, mais néanmoins très typique. A la fin de l'opération la malade ne paraissait pas shockée ; elle avait un pouls rapide mais assez régulier et bien frappé.

Pansement avec tamponnement. Malgré les soins qui lui ont été prodigués sans qu'il y ait eu hémorragies, elle a succombé une demi-heure après l'intervention.

ANNEE 1926

CHAPITRE PREMIER

Morbidité

En 1926 les accouchements pratiqués à la Maternité s'élèvent à 1970.

La morbidité globale de toutes les femmes accouchées atteint le chiffre de : 291.

Le pourcentage des femmes ayant présenté des suites de couches fébriles atteint donc 14,77 o/o.

(Voir graphique).

La morbidité se décompose ainsi :

1° *Selon les causes de la température*

Infections génitales certaines ou probables : 192, parmi lesquelles 3 infections sévères et 3 mortelles.

Infections mammaires certaines : 67, dont deux abcès du sein.

Affections diverses : 33.

Parmi celles-ci nous relevons :

8 Pyelonephrites,

7 phlébites,

4 tuberculoses pulmonaires,

2 angines,
7 bronchites banales,
1 érythème noueux,
1 adénite anguinale,
1 embarras gastrique,
2 psychoses puerpérales ayant nécessité l'internement (obs. 1248, 2236).

2°. *Selon l'élévation de la température*

192 femmes ont présenté une élévation de température légère de 38 à 38,5, résultant d'une infection génitale minime par éraillures superficielles ou par rétention partielle de membranes.

87 femmes une élévation moyenne de 38,5 à 39,5, dans ces cas rentrent la plupart des infections mammaires.

9 femmes une température élevée à 40° et au dessus.

Quelques femmes enfin ont présenté des manifestations morbides non accompagnées de température.

Une mort subite au 9e jour sans température,
Une lymphangite du sein sans température,
Un cas de folie puerpérale sans température.

3°. — *Selon la durée et la marche de la température*

Dans 253 observations nous avons trouvé une élévation en crochet à 38 ou 39.

Ces cas relevant toujours d'une infection géni-

tale très légère ou d'une lymphangite du sein.

Dans 22 cas nous avons relevé une température durant 2 à 4 jours témoignant d'une infection génitale qui cède rapidement par l'application de glace sur le ventre et par les injections vaginales.

Dans 13 cas une température de plus longue durée, relevant 6 fois d'infections puerpérales sévères ou mortelles. (obs. 179, 396, 412, 199, 1683, 2144).

3 fois de Pyelonephrites.

4 fois de Phlébites. (obs. 614, 646, 1189, 1221).

4°. — *Influence des rétentions de membranes sur la température*

54 accouchées ont présenté une rétention totale ou partielle de membranes.

15 fois nous avons relevé cette cause comme origine de la température, celle-ci constituant le plus souvent un crochet à 38 ou 38,5.

Pourcentage : 27,77 %.

5°. — *Influence de la Parite sur la température*

930 primipares ont été accouchées pendant l'année 1926.

150 primipares ont eu des suites de couches fébriles.

Parmi celles-ci, 35 ont présenté des infections mammaires.

115 *primipares* ont donc présenté une infection génitale : Pourcentage 12,37 %.

77 *multipares* ont eu une infection génitale : Pourcentage : 7,40 %.

6°. — *Influence des interventions obstétricales*

Nous avons relevé 120 interventions ou manœuvres obstétricales pratiquées pendant l'année.

Parmi celles-ci 24 ont eu des suites fébriles et 3 ont été suivies de décès.

Pourcentage des interventions suivies de température = 20 %.

Les causes de température et de décès se répartissent ainsi :

Forceps : 16 suites fébriles pour 59 forceps.

Délivrances artificielles : 4 suites fébriles pour un total de 21 délivrances artificielles.

Césariennes : 3 suites fébriles pour 18 césariennes. 2 décès : un par inertie utérine, un par infection puerpérale (obs. 1863).

Pubiotomie : 1 suite fébrile pour 2 pubiotomies et 3 symphyséotomies.

1 avortement provoqué a été suivi de décès par shock (obs. 678).

OBSERVATIONS

Infections génitales sévères

Obs. 179. — I-pare, n'ayant jamais consulté. A présenté aux septième et huitième mois des hémorragies sans douleurs mais toutefois assez abondantes, aux dires de la malade.

Accouchée et délivrée normalement, le 30 janvier. Deux jours après la femme présente un début d'infection puerpérale (fièvre en clochers atteignant 39°4, pouls : 130, sueurs abondantes, lochies fétides). Traitée par la méthode de Besredka, la femme va rapidement mieux. La fièvre tombe, son pouls redevient normal, plus de lochies fétides. Elle sort quinze jours plus tard en très bon état.

Obs. 412. — I-pare accouchée à l'hôpital normalement. Les jours suivants, présente une élévation de température en clochers, atteignant 39°5. Cinq jours après, la femme se plaint du ventre violemment. M. Le Lorier, qui l'examine, trouve alors à droite de l'utérus une tumeur volumineuse, douloureuse, manifestement d'origine inflammatoire remontant par en haut jusqu'à la hauteur de l'ombilic et relativement peu accessible par le toucher vaginal.

Aucune fluctuation. M. Le Lorier prescrit alors trois injections de propidon de 2 centimètres cubes à deux jours d'intervalle. L'on obtient une rémission. La douleur s'atténue, la température se rappro-

che sensiblement de la normale et la masse inflammatoire du côté droit de l'utérus régresse assez rapidement. La femme se lève sans autorisation ; mais le lendemain elle présente une poussée nouvelle des accidents précédents. On lui refait une nouvelle série de propidon et tout rentre dans l'ordre quinze jours après. A ce moment elle quitte la Maternité en bon état.

Phlébites

Obs. 614. — I-pare. Accouchement spontané à terme. Délivrance naturelle et complète. Le huitième jour, douleurs dans le mollet gauche et au pli de l'aine gauche. Le périmètre fémoral gauche est supérieur au droit de 5 centimètres. Chaleur et rougeur au niveau des points douloureux. On immobilise dans une gouttière inclinée. Sortie en bon état.

Obs. 1189. — I-pare. Accouchement et délivrance normaux. Six jours après, élévation de température ; phlébite de la jambe gauche. Immobilisation ; on obtient une amélioration rapide. Quinze jours après, douleurs dans la jambe droite ; élévation de température : phlébite de la jambe droite. Immobilisation également. Bon résultat. Sortie en bon état.

Folie puerpérale

Obs. 1248. — Primipare, 23 ans, ayant été internée à Sainte-Anne à l'âge de 16 ans pendant six mois. Rien à signaler au cours de sa grossesse si ce

n'est une volumineuse adénopathie tuberculeuse pour laquelle elle a été soignée dans le service. Aucun accident jusque là d'ordre mental. Elle accouche normalement à terme le 10 novembre 1926 et ce n'est que trois jours après que la malade se plaint d'avoir fait un rêve effrayant : « son fils était autopsié auprès d'elle ». Toutefois elle a toute sa connaissance. Le 25 novembre, elle commence à s'agiter, à parler d'une façon incohérente. Le lendemain, son état s'aggrave ; la malade n'a plus aucune trace de lucidité et comme elle délire de plus en plus, on la transporte à Sainte-Anne le 27 novembre.

Obs. 2236. — I^e^-pare accouchée au forceps pour non progression de la tête. Aucun antécédent mental. Grossesse parfaitement normale. Le quatrième jour des suites de couches, on appelle l'interne qui constate un délire de persécution très net (conspiration contre elle, on veut l'empoisonner, la brûler, etc...). On lui donne du gardenal ; mais le lendemain la malade délirant de plus en plus on doit la transporter à Sainte-Anne le 2 janvier 1927.

CHAPITRE II

Mortalité

La mortalité des femmes hospitalisées à la Maternité s'élève pour l'année à 6.

Tous ces décès étant survenus pendant les suites de couches se répartissent ainsi, suivant leurs causes :

3 décès par infection puerpérale, dont 1 après césarienne (Obs. 199, 1683, 2144).

1 décès le 9e jour de l'accouchement (Obs. 1705).

1 décès après césarienne (obs. 979).

1 décès après avortement thérapeutique (Obs. 678).

Au total : 3 décès par infection puerpérale.

OBSERVATIONS

Obs. 199. — II-pare. Premier accouchement normal. Hémorragie de la délivrance. Grande constipation. Deuxième grossesse, contracte la rougeole qui la rend malade pendant dix jours environ. Ne

va pas très bien depuis ; toujours fatiguée et fiévreuse. Aux premières douleurs d'accouchement la femme est amenée à Boucicaut sans avoir été touchée en ville par personne. Elle accouche le 2 février normalement et à terme. Délivrance naturelle et complète. La femme est très constipée. Elle reste quatre jours sans aller à la selle, n'ayant pas voulu de lavements. A partir de ce moment la température s'élève à 39 degrés et s'y maintient malgré les purgations et les lavements Le 12 février on lui fait un abcès de fixation, sa température se maintenant au-dessus de 39 degrés. L'état général ne paraît pas très mauvais, le faciès est cependant très rouge. Le lendemain on fait faire une hémoculture qui montre la présence du streptocoque. On fait alors le traitement des septicémies. (Huile camphrée toutes les quatre heures, enveloppements froids également toutes les quatre heures, sérum en goutte à goutte rectal. Shock au lait). Malgré cela la malade ne va pas mieux : température 41 degrés ; on fait à la malade une injection de vaccin préparé avec le streptocoque de la parturiente ainsi que 20 centimètres cubes de trypaflavine intra-veineux, et une ampoule de sérum minéral sous-cutané. Rien n'y fait. La malade va plus mal. Ses sphincters se relâchent le 16 février ; elle perd ses matières et ses urines et elle meurt le lendemain.

Obs 678. — Cinq accouchements et 6 avortements antérieurs. B.-W. : négatif. Entre dans le service enceinte de deux mois et demi pour hyperten-

sion. On trouve, en effet, 21-9 au Riva-Rocci. La femme accuse à ce moment des céphalées et des troubles de la vue. Elle a eu même il y a deux mois une parésie de tout le côté droit qui a duré une huitaine de jours.

Elle est mise en conséquence à la diète hydrique pendant quarante-huit heures puis au régime lacté et enfin au régime sucré. Malgré cela, la tension reste élevée, 18 de maxima. On fait alors deux petites saignées : 150 grammes plus 110 grammes en l'espace de huit jours. La tension baisse un peu, mais remonte huit jours après à 20-8. M. Le Lorier décide alors de pratiquer un avortement en présence de cette hypertension. On pose un ballon de Champetier n° 4 après dilatation aux bougies de Hegar, trois jours passent ; la malade n'ayant pas de contractions, on retire alors le ballon et peu après la malade expulse un fœtus de trois mois environ du sexe masculin pesant 70 grammes. Une demi-heure après la malade devient très pâle la voix est faible, pas de dyspnée, sensation angoissante de mort prochaine de la part de la malade, pouls normal. Tension maxima : 8. Devant cet état de shock l'interne fait un curage digital, puis un curettage. Huile camphrée, injection intra-utérine, glace sur le ventre. Le lendemain température 39 degrés, le surlendemain 40 degrés. On fait une hémoculture qui ne montre pas l'existence de streptocoque. Cependant la malade va très mal et meurt.

Obs. 979. — II-pare. Premier accouchement

normal à terme. A consulté pendant sa grossesse. Rien d'anormal si ce n'est un promontoire accessible à bout de doigt. Au moment de l'accouchement on trouve une tête qui déborde la symphyse. La femme perd les eaux mais pas de douleurs. Le lendemain, la femme qui n'a toujours pas de douleurs, perd un liquide purée de pois. A ce moment, les bruits du cœur sont trés modifiés. M. Ecalle, en l'absence de M. Le Lorier, décide de faire une césarienne basse. L'enfant est extrait, ranimé et on descend la femme dans son lit. Un quart d'heure après on appelle en hâte l'interne qui constate une grosse hémorragie utérine. On fait la compression de l'aorte, du sérum, de l'huile camphrée et de l'ergotine. M. Ecalle revenu fait encore 1/2 litre de sérum intra-veineux, mais l'hémorragie reprend et la femme meurt.

A l'autopsie : pas de sang, de thrombus ni de caillots sous le péritoine bien appliqué sur la suture. Par contre, on trouve un utérus très volumineux, mou, rempli de sang et de caillots.

Obs. 1705. — I-pare. Grossesse normale. Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Urines albumineuses. T-A = 14-6 1/2 au Riva-Rocci. Suites de couches normales jusqu'au neuvième jour à 7 heures. A ce moment-là, on appelle l'interne qui trouve la malade cyanosée avec une respiration stertoreuse, pouls imperceptible. La malade, aux dires de ses voisines, s'est levée debout sur son lit, puis s'est recouchée sans rien dire et s'est mise à « ronfler ». On fait de l'huile camphrée, res-

piration artificielle, une tentative de saignée, mais la femme meurt sans avoir repris connaissance.

Obs. 1863. — I-pare. Grossesse normale. M. Le Lorier, au moment de l'accouchement, pratique une césarienne conservatrice du segment inférieur parce que la parturiente a un bassin aplati et généralement rétréci. P.S.P. à 10 cm. 6. L'opération se passe normalement. Dès le deuxième jour la malade rend des gazs. Purgée le troisième jour, elle présente le lendemain une diarrhée incessante. Le cinquième jour, écoulement de pus par le vagin ; on fait des injections de septicémine et de propidon. Le huitième jour, désunion totale de la paroi et même du péritoine. Enveloppements humides toutes les trois heures. Mais les selles deviennent noires, incessantes jusqu'à 10 par jour et la femme meurt dans le coma le quatorzième jour.

Obs. 2144. — I-pare. Grossesse gémellaire. Au cours de la grossesse a présenté de l'hypertension et des œdèmes (malléollaire et sus-pubien). Accouche normalement à terme le 19 décembre 1926. Délivrance naturelle et complète, trois jours après, grand frisson, pouls 140, température 40 degrés, toux ; râles de bronchite diffuse, passage au pavillon Lepage. Le lendemain injection de 40 centimètres cubes de sérum antipneumococcique.

Le 24, aucune modification ; bon état général, mais température toujours à 39°8, pouls 128. On fait faire une analyse d'urine qui décèle la présence de

pus dans les urines. Morphologie microbienne : type de coccis Gram négatif.

Le 26 purgation à l'huile de ricin, selles nombreuses, fétides. Etat général mauvais, température 39 degrés, pouls 140.

Le 28, abcès de fixation, plus 1 cmc. 1/2 de lait intra-veineux. Le 29 température 39°6 : pouls 180. Mort.

ANNEE 1927

CHAPITRE PREMIER

Morbidité

Le nombre des femmes accouchées à la maternité pendant l'année s'élève à 2.340.

Parmi celles-ci, 425 ont présenté des suites de couches fébriles.

Pourcentage de la morbidité : 18,16 %.

(Voir le graphique).

La morbidité se répartit comme suit :

1°. — *Selon les causes de la température :*

Infections génitales certaines ou probables : 283 parmi lesquelles 5 sévères et 3 mortelles.

Infections mammaires certaines ..... 109 dont 5 abcès du sein, les autres résultant d'une crevasse ou d'une lymphangite du sein.

Affections diverses ..... 31 parmi lesquelles nous trouvons un certain nombre

de scarlatines 8

6 pyélonéphrites.
6 phlébites.
3 angines.
2 tuberculoses pulmonaires.
1 cardiopathie.
1 cas d'oreillons.
1 typhoïde.
3 affections broncho-pulmonaires banales.
1 psychose puerpérale (obs. 2662).

2°. — *Selon l'élévation de la température*

Dans 260 cas nous trouvons une température à 38° et 38°5.

Dans 134 cas une température moyenne de 38°5 à 39°5.

Dans 42 autres cas, nous trouvons une température élevée :

Une scarlatine dans 8 cas.

Une fièvre typhoïde dans un cas.

Citons en outre deux cas de tuberculose pulmonaire.

2 cas de pyélonéphrites.

3 cas d'abcès du sein

qui rentrent dans cette catégorie ; les autres observations représentent des infections génitales sévères.

3°. — *Selon la durée de la température*

Dans la plus grande majorité des cas la tempé-

rature a présenté un unique crochet à 38 ou 39 : soit 369 observations.

Ces cas résultant soit d'une infection génitale minime par plaies superficielles ou érosions, soit d'une crevasse ou lymphangite du sein qui cède rapidement à l'application de compresses humides chaudes.

Nous trouvons 26 autres observations où la température s'est maintenue quelques jours, 2 à 5 jours environ, témoignant d'une infection génitale manifeste mais qui cède rapidement par la glace et les injections vaginales.

Dans 30 autres cas enfin la température fut de plus longue durée (15 jours à un mois).

Le nombre relativement important de températures sévères est dû en partie aux nombreux cas de scarlatines (8 cas) observés pendant l'année et en partie au grand nombre d'infections génitales graves (10 cas) qui s'observèrent, surtout par séries, à certains moments de l'année (Obs. 391, 1194, 1090 bis, 2501).

6 cas de pyélonéphrites et 6 cas de phlébites rentrent aussi dans cette catégorie (Obs. 282, 745, 815, 1532, 1792, 2321).

4°. — *Influence des rétentions de membranes sur la température*

52 accouchées ont présenté une rétention partielle ou totale des membranes.

Nous relevons 15 cas où la température est due manifestement à cette cause : pourcentage 28,84 %.

5°. — *Influence de la primiparité comme cause de la température*

1087 accouchements de primipares ont été pratiqués pendant l'année.

Parmi ces primipares, 252 ont présenté des suites de couches fébriles ; 47 cas étaient causés par une infection mammaire.

205 *primipares* ont donc présenté une infection génitale.

Soit un pourcentage de 18,85 %.

78 *multipares* ont eu une infection génitale donnant un pourcentage de 6,22 %.

6°. — *Influence des interventions obstétricales*

177 interventions ou manœuvres obstétricales ont été pratiquées.

21 *cas* ont été suivis de température dont 3 cas mortels. Pourcentage = 11,75 %.

2 autres cas ont été suivis de décès par choc.

Ces cas se répartissent ainsi :

100 *forceps*. 5 suites fébriles (température toujours élevée) + 1 décès.

42 *délivrances artificielles*, 9 suites fébriles (température toujours très élevée). 1 décès par choc.

12 *césariennes*, 3 suites fébriles + 2 décès.

4 *avortements thérapeutiques*, 1 suite fébrile + 1 décès.

OBSERVATIONS

Infections génitales sévères

Obs. 391. — Concerne une accouchée qui fit pendant plusieurs jours un crochet thermique à 40° avec frissons. Hémoculture négative. Les pansements intra-utérins au filtrat restent sans effet. Pas de signes physiques de localisation. On fait 0,15 cgr. de novarsénobenzol intra-veineux. Le lendemain, nouveau frisson, vomissements, prostration. Abcès de fixation et choc par injection de Rhodium colloïdal. Guérison.

Phlébites

Obs. 282. — Phlébite très discrète de la jambe droite, légère douleur avec diminution du ballotement normal des muscles du mollet. Immobilisation de trois semaines.

Obs. 745. — Phlébite du membre inférieur gauche. Sortie en bon état.

Obs. 2321. — Phlébite double. Guérison.

Psychose puerpérale

Obs. 2662. — Concerne une primipare de 25 ans, qui fit, trois jours après son accouchement, des troubles nerveux inquiétants qui nécessitèrent une

ponction lombaire et firent craindre une méningite. Après quarante-huit heures de torpeur avec subdélire, la malade présenta un état de confusion mentale intense presque démentiel, au cours duquel elle ne garde ni urines ni matières et se met complètement nue dans la salle. Cet état se dissipe assez rapidement peu à peu, et, quinze jours après, elle quitte le service, tout à fait normale au point de vue intellectuel.

CHAPITRE II

Mortalité

12 décès sont survenus à la maternité parmi lesquels nous trouvons :

2 éclamptiques (une césarienne vaginale fut pratiquée dans un cas) (obs. 464, 852).

4 par infection puerpérale (dont un accouchement en ville, dont un après forceps par déchirure du cul-de-sac Douglas) (Obs. 1090 bis, 1194, 2501, 2493).

1 par broncho-pneumonie que nous comptons comme infection puerpérale (obs. 1338).

1 par hémorragie, après délivrance artificielle (obs. 2630).

1 par avortement thérapeutique pour cardiopathie (obs 825).

1 par tuberculose pulmonaire (obs. 1223).

1 après opération gynécologique (obs. 2146).

1 après opération césarienne pour kyste Praévia (obs. égarée).

Au total, 8 *décès* survenus au cours des suites de couches, dont 5 par infections puerpérales (dont une accouchée chez elle)

OBSERVATIONS

Obs. 464. — Concerne une femme qui n'a jamais consulté pendant sa grossesse et qui est amenée en ambulance, un matin dans le coma. Crises d'éclampsie typiques. Urines raes, albumineuses. T.A. 12-7. Malade pâle, bouffie, avec œdème des membres inférieurs. Dès son entrée, on lui fait 1 cgr. de morphine (1). A midi, les crises se répétant, seconde injection de morphine. Le fœtus était mort dès la seconde crise à l'hôpital. La saignée ne fait pas baisser la tension. La malade prend de l'eau lactosée en petite quantité et du sérum rectal glucosé (un litre). La nuit est agitée. Au matin, expulsion d'un mort-né de 1.000 grammes. Délivrance naturelle complète. Faciès très pâle, nez pincé, pouls à 140, agitation, fièvre à 39°5. On lui donne un lavement de chloral, injection de 5 cc. d'huile camphrée. La malade reste dans le coma avec respiration stertoreuse irrégulière; elle meurt dans l'après-midi, sans avoir repris connaissance.

Obs. 825. — Primipare avec lésions d'insuffisance et rétrécissements mitrals décompensés, dus à des crises de rhumatisme ancien. Avortement thérapeutique par pose de laminaires, en complétant par dilatation aux bougies de Hégar. La dilatation ainsi obtenue étant insuffisante pour un curage digital, on

(1) Cette médication n'a été employée qu'une fois dans le service sur la prescription de M. Le Lorier.

fait un curettage à la grande curette, qui ramène des débris placentaires et un fœtus morcelé de quatre mois environ. Révision utérine et méchage au crystal violet. La fièvre monte aux environs de 40° et s'y maintient jusqu'au décès survenu huit jours après, malgré une thérapeutique de choc et abcès de fixation.

Obs. 852. — Concerne une éclamptique envoyée de ville un soir pour crises subintrantes. Dès son arrivée à la Maternité on lui fait une saignée de 500 grammes qui ne la fait point sortir de son coma. A minuit seconde saignée, lavage intestinal, lavement de 2 grammes de chloral. Albumine considérable, fièvre à 39°8, pouls à 136, T.A. 17-11 ; bruits du cœur fœtaux très faibles, respiration à 70. Au toucher, col effacé, épais, sans dilatation. M. Le Lorier décide de faire une césarienne vaginale, en se plaçant au point de vue évacuation rapide de l'utérus sans se préoccuper de l'état du fœtus, considéré comme perdu. Après incision des lèvres antérieures et postérieures du col on extrait par le siège, avec forceps sur tête dernière, un mort-né de 2.500 grammes. Délivrance artificielle, pas d'inertie utérine. Après l'opération, qui a duré une heure quinze minutes, injection de 15 milligr. de chlorhydrate de pilocarpine. La malade transpire abondamment, urine sous elle, n'a plus de crises convulsives, mais reste dans le coma. Elle prend de l'eau lactosée à la petite cuiller. Le lendemain, même état, respiration de Küssmaul, seconde injection de pilocarpine. Le

surlendemain, la malade succombe sans avoir repris connaissance.

Obs. 1090 bis. — Concerne une Tchéco-Slovaque primipare accouchée chez elle, avant terme, huit jours avant son entrée à la Maternité. Elle arrive avec des douleurs abdominales, de la fièvre à 40°, un pouls à 100. On pratique un abcès de fixation, on met de la glace sur le ventre et un pansement local au bouillon-vaccin. Le surlendemain, on constate de la résistance de la partie inférieure de la paroi abdominale avec matité, un flottement vague dans le Douglas, une langue sale, de la diarrhée. M. le Lorier pose le diagnostic de péritonite puerpérale, qu'il draine par colpotomie. Issue de grosse quantité de pus floconneux, suivie de mieux-être qui retarde l'hystérectomie vaginale. Celle-ci devient nécessaire par suite de la persistance de la suppuration qui s'évacue mal, de l'apparition d'une fistule entéro-vaginale, de la fièvre et de l'amaigrissement. A l'intervention, on constate un muscle utérin très friable, et l'abaissement du corps est gêné par de nombreuses adhérences. Choc opératoire intense, nécessitant un litre de sérum intra-veineux, huile camphrée, caféine. La mort survient dans l'après-midi, vingt jours après l'entrée de la malade à la Maternité.

Obs. 1194. — Primipare à qui l'on fit un forceps pour lenteur de la période d'expulsion, la dilatation étant complète depuis 4 heures. Déchirure étendue du cul-de-sac de Douglas, suivie de choc

intense ayant nécessité l'emploi d'adrénaline. Pouls filant ; la femme se plaint de douleurs lombo-abdominales. On fait un tamponnement vaginal au bouillon-vaccin. Fièvre à 38°, avec ballonnement et faciès altéré. On remplace le tamponnement par l'irrigation au Dakin. Mort dans les trois jours avec phénomènes nerveux marqués (péritonite).

Obs. 1223. — Primipare à antécédents bacillaires nets, avec toux et amaigrissement depuis le début de la grossesse. L'accouchement se passe normalement, son enfant sort de la maternité bien portant. Elle meurt au vingtième jour, avec signes pulmonaires évidents. Elle n'avait jamais consulté pendant sa grossesse.

Obs. 1338. — Primipare ayant eu un accouchement spontané, et qui fit de la fièvre avec bronchite disséminée. Une semaine après, les signes pulmonaires ne suffisant pas à expliquer la température, on fit des instillations utérines de bouillon-vaccin, puis de la médication de choc, puis un abcès de fixation, qui ne se développa point. Quinze jours après, aucun mieux-être ne se manifestant, on se décida à faire du sérum anti-streptococcique, et M. Desnoyers en prescrivit 80 cc. par jour pendant trois jours. Cependant, les signes pulmonaires redevenaient importants, à foyer mobile, avec grosse dyspnée ; enveloppements humides tonicardiaques. Mort un mois après l'accouchement, avec signes d'asphyxie. L'enfant était décédé six jours avant la mère.

Obs. 2146. — Laparotomie, dans le but de faire une myomectomie chez une femme désireuse d'avoir une grossesse. On tombe sur une tumeur adhérant partout et bien constituée par l'utérus. On pense à un fibro-sarcome et on referme la paroi, en se proposant de soumettre ultérieurement la tumeur à la radiothérapie. La malade succombe dans la journée, dans un état de choc prononcé.

Obs. 2401. — Il s'agit d'une primipare ayant eu un accouchement spontané. Trois jours après, lochies fétides avec présence de pus, utérus douloureux, fièvre à 40° abattement, pouls à 130 ; langue sèche et deux vésicules d'herpès sur la lèvre supérieure. Puis dyspnée intense avec point de côté gauche si marqué qu'on doit faire une injection de morphine : rien à l'auscultation. Fièvre toujours entre 39° et 40°, quelques vomissements, diarrhée, pouls rapide irrégulier, abdomen tendu. Tonicardiaques. Dix jours après l'accouchement, l'état général est si mauvais qu'on n'ose plus faire une colpotomie ; d'ailleurs, la malade meurt dans la journée, dans le collapsus. L'examen des pièces anatomiques montra du pus dans tout l'abdomen, avec cloisonnements et fausses membranes ; de même dans la plèvre gauche et le péricarde.

Obs. 2493. — Il s'agit d'une primipare ayant eu un accouchement normal et qui fit brusquement au cinquième jour, des frissons et de la fièvre à 40°. L'utérus est normal, avec quelques traînées lymphangitiques du sein droit. Le lendemain, lochies très fétides, œdème des grandes lèvres, fièvre à 40°

avec légères rémissions le matin. On place dans le vagin et sur la vulve des compresses imbibées de sérum antistreptococcique. Le lendemain on essaie la thérapeutique de choc, qui ne donne rien, et on fait un abcès de fixation. Le surlendemain au cours du méchage vaginal avec des compresses imbibées d'anti-virus on constate autour de la vulve la présence d'une plaque érysipélateuse qui s'étend rapidement et se couvre de phlyctènes. Hémoculture positive au streptocoque. Apparition de signes de broncho-pneumonie droite et décès deux jours après dans l'agitation et malgré les tonicardiaques ; il y avait dix-sept jours que la femme était accouchée.

Obs. 2630. — Concerne une secondipare qui fit un accouchement spontané assez rapide et à qui on fit une délivrance artificielle assez difficile et adhérente, deux heures après. Injection iodée intra-utérine et badigeonnage de la cavité au crystal violet. Malgré que la femme ait très peu saigné, elle ne se sent pas bien, dit se trouver mal, bien que son pouls reste bien frappé à 90 et même tende à se ralentir lors de ses malaises. Subitement, son faciès change, son pouls devient rapide et irrégulier, ses bruits aortiques sourds; elle présente de la dyspnée, du tremblement, et, malgré l'administration de toni-cardiaques, de sérum sous cutané, d'oxygène par la bouche, malgré la respiration artificielle, elle meurt en moins d'une heure après sa délivrance artificielle, avec exagération des signes fonctionnels déjà si marqués.

ANNEE 1928

CHAPITRE PREMIER

Morbidité

2.309 accouchements ont été pratiqués à la maternité pendant l'année 1928.

484 femmes ont été présenté des suites de couches fébriles.

Pourcentage : 20,96 o/o.

(Voir le graphique).

La morbidité globale de l'année se répartit ainsi:

1° *Selon les causes de la température*

Infections génitales certaines ou probables : 325 parmi lesquelles 8 sévères et une mortelle.

Infections mammaires : 111 parmi lesquelles nous trouvons : 2 abcès du sein et une mammite suraigüe.

Toute les autres observations sont le fait de crevasses ou de lymphangites du sein qui cèdent rapidement par l'application de compresses humides chaudes.

Affections diverses : 59, parmi lesquelles nous trouvons plusieurs affections non accompagnées de température.

Les observations se répartissent ainsi :

20 Pyelonephrites,
8 phlébites,
5 tuberculoses pulmonaires,
8 affections broncho-pulmonaires,
7 angines,
1 rhumatisme articulaire aigü,
2 érythèmes,
1 cardiopathie décompensée,
1 paratyphoïde B (évacuée),
3 diphtéries,
1 psychose puerpérale (paraissant avoir débuté avant la gestation et ne paraissant pas s'être aggravée depuis l'ccouchement).
1 pneumonie franche aigüe, mortelle,
1 hémiplégie organique droite,

2°. — *Selon l'élévation de la température*

Dans 314 cas nous trouvons une élévation très légère de la température à 38, 38°,5, la plupart des cas étant dûs à la rétention partielle des membranes, à des plaies vaginales ou périnéales bénignes.

Dans 138 cas, la température s'est élevée à 39, 39,5 ; ces cas sont dûs en grande partie aux infections mammaires (crevasses ou lymphangites des seins : 100 cas) ainsi qu'à des infections génitales de moyenne gravité qui cèdent par la glace et les injections vaginales.

Dans 28 autres cas, la température s'est élevée au-dessus de 39°5, résultant d'infections génitales sévères ou de Pyelonephrites.

3°. — *Selon la durée et la courbe de la température*

Dan 390 cas la température décrit un unique crochet.

Ce sont les cas de nombreuses affections génitales légères par éraillures vulvaires ou vaginales, ainsi que ceux des lymphangites du sein.

Dans 56 cas la température dure 4 à 5 jours. Ce sont ceux d'infections génitales moyennes où la glace sur le ventre et les injections vaginales ont une action rapide et manifeste.

Dans 36 autres cas la température fut de longue durée atteignant 15 jours à un mois, température souvent oscillante, témoignant d'une infection puerpérale sévère dans 8 cas (Obs. 1017, 1389 bis, 142, 1636, 2014, 1981, 850 résumé à la mortalité),

d'une Pyelonephrite dans 23 cas,

d'une phlébite dans 5 cas (obs. 143, 2012, 392, 881, 1241).

4°. — *Influence de la parité sur la température*

Le nombre important d'infections génitales légères dues aux plaies vaginales et périnéales nous a incité à rechercher, comme pour les années précédentes, le rôle de la parité et son influence comme cause de température.

1125 accouchements de primipares ont été pratiqués.

279 ont été suivis de température ; dans 44 cas l'origine de la température était mammaire.

235 *primipares* ont donc présenté une infection génitale.

Pourcentage : 20,88 o/o.

90 multipares ont présenté une infection génitale : soit un pourcentage de 7,6 o/o.

5°. — *Influence des rétentions de membranes*

A titre d'indication nous avons recherché quel pouvait être le pourcentage des femmes ayant présenté de la température due manifestement à une rétention partielle de membranes.

73 accouchées ont eu une rétention partielle de membranes,

19 ont présenté une élévation de température en rapport évident avec cette rétention :

Soit un pourcentage de 26 o/o.

Si l'on considère le pourcentage global des femmes ayant présenté des suites de couches fébriles (21 o/o) l'influence des rétentions de membranes ne parait pas douteuse.

6°. — *Influence des interventions obstétricales*

157 interventions ou manœuvres obstétricales ont été pratiquées.

Parmi celles-ci 31 ont eu des suites fébriles ca-

ractérisées presque toujours par une température très élevée : pourcentage 19,74 o/o.

1 cas a été suivi de décès.

Les cas se répartissent ainsi :

Forceps : 93 — 10 suites de couches fébriles.

Délivrances artificielles : 38 — 16 suites de couches fébriles.

Opérations césariennes : 10 — 4 suites fébriles.

1 *Accouchement provoqué par la méthode Delmas* : 1 suite fébrile.

1 *Evacuation de l'utérus par Delmas pour rétention* : 1 décès par choc.

OBSERVATIONS

Obs. 1389 bis. — La Parturiente présenta une série d'ascensions thermiques allant jusqu'à 40°, pas de signes de localisation, la fièvre a cédé immédiatement au Novar.

Obs. 142. — Paramétrite suppurée nécessitant un drainage, lavage au Dakin, puis injection de nucléinate de soude intra-cervico murale.

Obs. 1636. Lochiométrie après l'accouchement. M. Le Lorier décide un drainage de la cavité avec un drain de Mouchotte ; tous les accidents s'amen-

dent en 48 heures. Le draînage permet l'évacuation de quelques pertes glaireuses et malodorantes.

Obs. 1981. — Le surlendemain de l'accouchement, deux frissons prolongés ,température 38°, 39°. Application de glace sur le ventre, ce qui fait baisser la température ; deux jours après la température remonte à 40° ; de nouveau, grands frissons, sueurs profuses, céphalées, vertiges, lochies sanguinolentes ; ; les jours suivants, la température décrit des crochets de plus en plus élevés, montant à 40°3 le matin et baissant aux environs de 37°,5 le soir. L'état général reste bon, le pouls bien frappé.

La plaie vaginale se cicatrise rapidement après pansement à la Bouillie lactique. Les lochies ont disparu. On essaye une injection intra-veineuse de collobiase, aucun résultat appréciable. Trois jours plus tard nouveau frisson, température à 40° ; on fait une injection de Novar ; comme résultat, légère chute de la température. Après la cinquième injection, apparition d'un abcès sur la face latérale de la cuisse ; l'incision de la plaie amène la guérison.

CHAPITRE II

Mortalité

6 décès sont survenus à la maternité.

1 décès par infection puerpérale (ce décès est celui d'une femme accouchée chez la sage-femme agréée). (Obs. 850.)

1 décès par péritonite suppurée (3 heures après l'accouchement sans qu'aucune perforation viscérale puisse l'expliquer). (Obs. 920.)

1 décès par pneumonie franche aiguë du sommet droit ayant débuté avant l'accouchement. (Obs. 254.)

2 décès par tuberculose pulmonaire (Obs. 1774.)

1 décès par inertie utérine et hémorragie. (Obs. 1323.)

OBSERVATIONS

Obs. 850. — Concerne une multipare de 27 ans,

accouchée à terme chez une sage-femme agréée, après 18 heures de travail et rupture artificielle des membranes ; l'enfant vivant pesait 3.420 grammes. Suites de couches normales pendant trois jours, puis élévation thermique à 38° et apparition de douleurs abdominales du côté droit. Le troisième jour de l'infection, la malade entre à la maternité avec un mauvais état général : pouls à 110, Subictère. L'utérus est gros et remonte à l'ombilic, au toucher le col est perméable, le doigt ramène du pus, l'hémoculture et positive. L'ensemensement montre des streptocoques, une injection intra-veineuse de 2 centimètres cubes de Lantol reste sans résultat ; trois tamponnements utérins au filtrat dans la journée et une nouvelle injection de 5 centimètres cubes de Lantol ne produisent aucun effet. La femme meurt le huitième jour de l'infection.

Obs. 1323. — Concerne une multipare de 28 ans ayant une présentation de l'épaule et qui a perdu du sang. L'auscultation est négative, l'utérus légèrement contracturé, la parturiente part et revient au bout de deux semaines ; le 18 septembre elle présente des pertes rouges, brunâtres, spumeuses, malodorantes ; dès son entrée à la maternité, sa température se maintient à 38°. Devant la persistance de la fièvre des pertes fétides, M. Le Lorier décide l'évacuation de l'utérus par la méthode de Delmas ; sous anesthésie on complète manuellement la dilatation. Le fœtus se présente par le sommet. M. Le Lorier fait une basiotripsie sur un enfant mort en rétention depuis 5

semaines. La délivrance fut artificielle pour adhérence anormale sur tout le pourtour du segment inférieur et du corps. On ramène le placenta presque complètement découronné. Après révision utérine, on fait une injection d'eau bouillie chaude et une instillation de 40 cc. de glycérine argyrolée. Globe de sûreté parfait après l'intervention ; au bout d'une heure la femme a un malaise brusque ; on fit immédiatement une injection d'hypophyse et de caféine, l'utérus remonte juqu'à l'ombilic. L'expression en fait sortir environ 400 à 500 grammes de sang coagulé. La femme est en syncope. On comprime l'aorte, on fait du sérum intra-veineux, et on procède finalement à une transfusion de sang. Néanmoins l'état de la malade s'aggrave. La main introduite dans l'utérus le trouve distendu jusqu'au foie et rempli de caillots. La malade meurt. Il s'est écoulé 50 minutes à peine à partir du premier malaise jusqu'à la mort. Il n'a pas été constaté de solution de continuité de l'utérus, la quantité totale de sang perdu a été évaluée à environ deux litres.

Obs. 254. — Concerne une multipare de 28 ans, atteinte de pneumonie franche aiguë du sommet droit ayant débuté avant l'accouchement. Ce dernier fut spontané au terme de huit mois, d'un enfant vivant pesant 2.450 grammes. L'état de la parturiente s'aggrave progressivement, malgré le traitement ; elle succombe six jours après l'accouchement ; l'enfant est décédé quelques minutes après la naissance.

Obs. 920. — Concerne une primipare de 18 ans

se plaignant de malaises au cours de la grossesse ; au sixième mois de la grossesse, à la suite d'une course en auto probablement, elle est prise brusquement de vomissements abondants, puis les vomissements ayant cessé font place à des douleurs excessivement violentes. Entrée à la maternité, elle accouche d'un enfant mort-né de 1.380 grammes. Trois heures après, fièvre à 39°. Pouls filant, dyspnée *sine materia ;* la femme meurt ; à l'autopsie on trouve une péritonite suppurée sans aucune perforation viscérale qui puisse l'expliquer.

Obs. 1774. — Concerne une multipare présentant une tuberculose pulmonaire à cavernes avec un mauvais état général ; l'accouchement fut prématuré au terme de six mois et demi d'un enfant vivant pesant 1430 grammes. Après l'accouchement les signes pulmonaires s'aggravent, dyspnée avec battement des ailes du nez, pseudo-vomique matinale, etc...

Mort par asphysie progressive avec signes de méningite : délire, kernig, incontinence des sphincters. L'enfant est décédé 15 jours plus tard.

Obs. 825 bis. — Concerne une primipare de 20 ans, tuberculeuse, traitée par le pneumothorax artificiel ; la maladie s'aggrave pendant la gestation, l'accouchement fut artificiel au terme de 7 mois d'un enfant de 1500 grammes, mort au bout de 24 heures. La femme meurt trois jours après l'accouchement.

ETUDE D'ENSEMBLE

Morbidité

I. — Pendant 5 ans (1924 à 1928).

10.414 accouchements ont été pratiqués à la maternité de l'Hopital Boucicaut (non compris ceux qui ont eu lieu chez la sage-femme agréée).

1.823 accouchées ont présenté des suites de couches fébriles :

Pourcentage : 17,50 o/o.

II. — Les causes de la température pendant les suites de couches furent :

143 fois *des affections diverses* parmi lesquelles on note surtout des pyelonéphrites et des phlébites.

374 fois *des infections mammaires* représentées dans l'immense majorité des cas par une crevasse ou une lymphangite du sein qui cède rapidement par l'application de compresses humides chaudes.

1.305 fois *des infections génitales.*

III. — Les infections génitales contractées *dans le service* furent :

mortelles dans 11 cas,
sévères dans 24 cas.

Tous les autres cas représentent des infections génitales bénignes marquées par un crochet fébrile passager, ou par une élévation thermique durant 4 à 5 jours, mais qui cède rapidement par la simple application de glace sur le ventre et par les injections vaginales à très basse pression.

IV. — Il nous faut insister sur l'extrême fréquence de ces infections génitales légères qui sont influencées manifestement comme nous l'avons vu, par divers facteurs que nous allons passer en revue.

Ces infections, en effet, sont en grande majorité causées par des éraillures, de petites plaies superficielles siégeant au niveau du vagin ou du périnée, et c'est à ce titre que la *primiparité* nous a semblé jouer un rôle considérable parmi les causes de température légère.

Nous avons vu, en effet, que la proportion de primipares fébricitantes, était, chaque année, beaucoup plus importante que celle des multipares.

De même les *rétentions partielles ou totales de membranes* nous ont paru avoir une influence non douteuse dans la genèse de ces infections génitales bénignes qui représentent la plupart des cas de suites de couches fébriles.

Les interventions ou manœuvres obstétricales pratiquées au moment de l'accouchement ou de la délivrance jouent un rôle important dans l'élévation de la température pendant les suites de couches. Leur influence d'ailleurs nous a paru se manifester davantage par l'élévation toujours très sensible des courbes thermiques que par un pourcentage important de suites fébriles.

Parmi ces interventions, les délivrances artificielles présentent le pourcentage le plus élevé de suites fébriles et de températures élevées.

Enfin une dernière notion concernant la morbidité, a été bien mise en évidence par M. le Docteur Le Lorier au Congrès de Bruxelles (Oct. 1929). Il suffit d'étudier de près les variations du pourcentage fébrile (voir le graphique annexé à la fin de ce travail), pour être frappé par une certaine périodicité dans les oscillations du graphique d'année en année. En délimitant les quatre trimestres de chaque année, il saute aux yeux que la morbidité est plus grande dans le premier et dans le dernier trimestre : d'octobre à mars inclus que de mars à octobre. Cette périodicité qui porte sur les infections de toute nature, ne paraît pas exister aussi nettement pour les infections d'origine mammaire ; de plus la répartition des cas d'infection mortelle n'est pas plus grande en hiver qu'en été. « La cause de ces variations périodiques, dit M. Le Lorier, au Congrès de Bruxelles, nous échappe. Peut-être est-elle banale, sans doute pourrait-on suggérer à titre d'hypothèse soit la plus grande fréquence des infections rhino-pharyngées et

respiratoires pendant l'hiver, soit tout simplement le coup de chaleur qu'éprouvent dans les salles parfois surchauffées des femmes qui n'ont, à coup sûr, pas le chauffage central chez elles, et trop souvent pas de chauffage du tout. »

Mortalité

Contrairement à la morbidité, la mortalité a été calculée sur le chiffre total des accouchements pratiqués tant à la maternité que chez la sage-femme agréée :

soit 11.372 accouchements.

Sur ce nombre la mortalité totale pendant les 5 années comporte 36 *décès*.

Parmi ceux-ci 28 sont survenus pendant les suites de couches.

Pourcentage : 0,26 o/o, 2,6 o/oo.

13 décès sont dus à une infection puerpérale (dont un décès d'une femme accouchée chez elle et hospitalisée seulement 9 jours après l'accouchement. Obs. 1090 bis de 1927).

12 fois l'infection puerpérale a été contractée tant dans le service que chez la sage-femme agréée.

Le pourcentage des décès par infection puerpérale contractée dans le service, est de : 1 pour 1.000.

METHODES THERAPEUTIQUES

Infections puerpérales :

Comme traitement contre l'infection puerpérale, voici la technique employée à la maternité de l'hôpital Boucicaut, telle qu'elle a été présentée par M. le Docteur Le Lorier au Congrès de Bruxelles (Octobre 1929).

Traitement préventif. — A la consultation prénatale, dépistage et traitement des moindres infections génitales.

La femme en travail qui arrive du dehors n'est jamais baignée, quand c'est possible elle reçoit un tub savonneux ; elle est rasée et reçoit à la salle de travail une toilette large, savonneuse et antiseptique à la liqueur de Labarraque.

En principe, elle n'est jamais touchée, sauf s'il y a une nécessité impérieuse de le faire et seulement à la salle de travail.

Depuis avril 1928, il leur est donné au cours du travail une instillation vaginale d'argyrol au dixième en solution fortement glycérinée.

Elles ne reçoivent d'injections vaginales que dans le cas de leucorrhée surabondante capable d'entraver l'action de l'argyrol, c'est-à-dire très rarement;

jamais d'injection après l'accouchement ni la délivrance.

Très exceptionnellement, instillation de glycérine argyrolée après les interventions longues, pénibles ou suspectes.

Jamais il n'a été fait jusqu'ici de vaccinations préventives antistreptococciques.

Les accouchées ne reçoivent dans les salles que des toilettes vulvo-périnéales antiseptiques, jamais d'injections.

Traitement curatif. — Les fébricitantes chez lesquelles le diagnostic d'infection génitale est posé reçoivent à l'isolement les soins suivants :

Glace sur le ventre, injections vaginales répétées au besoin toutes les trois heures dans la journée et alternativement avec du Dakin et de l'eau oxygénée dédoublée et alcalinisée.

Si la fièvre ne tombe pas ou s'élève après 48 heures de ce traitement, il est fait immédiatement dix à quinze centigrammes de novar intra-veineux par jour en répétant cette injection jusqu'à déferves-cence au-dessous de 38°.

L'abcès de fixation est employé assez souvent mais non systématiquement; parfois les chocs ont été utilisés. La Bouillie lactique est employée souvent en applications vulvo-vaginales. Il n'a été fait que très rarement du traitement intra-utérin par pansements au filtral ; il n'a pas été fait un seul curettage.

2 hystérectomies. 2 morts.

Une hystérectomie abdominale pour fièvre et hémorragies tardives de l'après-part : guérison.

Un large emploi a toujours été fait des antiseptiques ; leur emploi paraît donner une marge de sécurité plus grande que leur rejet.

Infections mammaires :

Les crevasses ou lymphangites du sein sont traitées par des lavages du mamelon ; en période aiguë : compresses humides chaudes.

Pyélonéphrites :

Outre le régime alimentaire, un large emploi a été fait du vaccin buccal préparé par le Dr Fisch. En cas de température élevée et de rétention pyelique, le traitement par la méthode des distensions vésicales a été appliqué toujours avec d'heureux résultats.

CONCLUSIONS

I. — Pendant 5 ans (1924 à 1928) 10.414 accouchements ont été pratiqués à la maternité de l'hôpital Boucicaut.

1823 ont eu des suites fébriles.

Pourcentage : 17,50 %.

II. — La morbidité paraît influencée de façon nette par la primiparité ; les interventions ou manœuvres obstétricales ; par la rétention totale ou partielle des membranes. En outre, elle présente des variations périodiques.

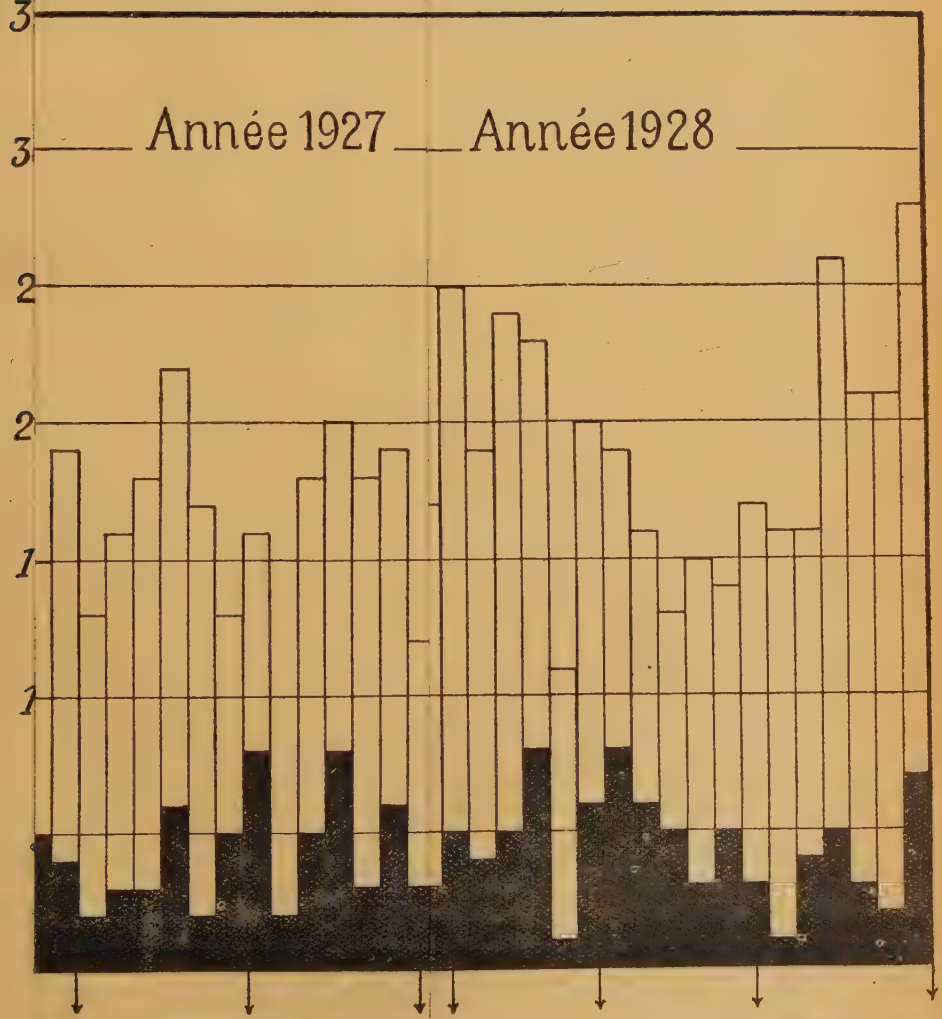
III. — Sur 11.372 accouchements (y compris ceux pratiqués chez la sage-femme agréée).

36 furent suivis de décès dont

12 par infection puerpérale.

Pourcentage des décès par infection puerpérale :

1 pour 1.000


3
Année 1927
Année 1928
3
2
2
1
1

BIBLIOGRAPHIE

Job. — Fonctionnement de la Maternité de la Clinique Baudelocque en 1921 (Thèse, Paris).

Geant. — Fonctionnement de la Maternité de la Clinique Baudelocque en 1922 (Thèse, Paris).

J. Henry. — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1924 (Thèse, Paris 1926).

P. Piry. — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1925 (Thèse, Paris 1927).

Lejeune. — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1926 (Thèse, 1928).

Surpas. — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1927 (Thèse, 1928).

Jadlovker Mole. — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1928 (Thèse, 1929).

Brill. — Traitement des Pyélonéphrites gravidiques (Thèse, Paris 1929).

Vu : *Le Doyen*,
Roger.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
Couvelaire.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. Charléty.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS 13

ANNEE 1924 :

CHAPITRE PREMIER. — Morbidité 15
CHAPITRE II. — Mortalité 21

ANNEE 1925 :

CHAPITRE PREMIER. — Morbidité 27
CHAPITRE II. — Mortalité 37

ANNEE 1926 :

CHAPITRE PREMIER. — Morbidité 43
CHAPITRE II. — Mortalité 51

ANNEE 1927 :

CHAPITRE PREMIER. — Morbidité 57
CHAPITRE II. — Mortalité 63

ANNEE 1928 :

CHAPITRE PREMIER. — Morbidité 71
CHAPITRE II. — Mortalité 77

ETUDE D'ENSEMBLE 81

METHODES THERAPEUTIQUES 85

CONCLUSION 89

BIBLIOGRAPHIE 91

IMPRIMERIE DES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE. — PARIS